Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

FICHE de SAISINE EMASco

(Equipes mobiles d’appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap)

*(A renvoyer à l’IEN ou au chef d’établissement)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ecole / Etablissement scolaire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**PIAL de rattachement :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**ADRESSE :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**TEL :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Mel :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **IEN :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Circonscription :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.***ou*****Chef d’établissement :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Objet de la demande** |
| [ ]  **Conseil, participation à des actions de sensibilisation et prévention** (présentation de l’EMAS, sensibilisation auprès de l’équipe éducative, auprès d’une classe, auprès des AESH, …)[ ]  **Appui et conseil à un établissement scolaire** en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap (entretiens téléphoniques, rencontres, interventions directes, conseils techniques…) *🡪 complétez le verso de la fiche*[ ]  **Aide à la communauté éducative** pour la gestion d’une situation sensible (entretiens téléphoniques, rencontres, échanges autour des pratiques…) *🡪 complétez le verso de la fiche* |
| **Nature des difficultés rencontrées :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| A propos de l’élève si concerné : |
| Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Classe : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Enseignant ou Professeur principal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Représentants légaux |
| NOM Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adresse :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Des échanges ont eu lieu avec les parents pour évoquer la situation de leur enfant : OUI [ ]  NON [ ] Les parents sont informés de la démarche auprès de l’EMAS : OUI [ ]  NON [ ]  |

|  |
| --- |
| **Réponses déjà apportées :**Accompagnement au sein de l’établissement : pôle ressource (premier degré) / Référents école inclusive (second degré) / professeur ressource (second degré)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Adaptations et aménagements (organisation spatiale, temporelle, protocole de gestion de crise …)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| DOSSIER MDPH : OUI [ ]  NON [ ]  En cours [ ]  Nom de l’ERSEH : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aides déjà mises en place** | **Commentaires** |
| [ ] P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé) | (Précisez les modalités d’accompagnement ou de suivi)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  [ ]  P.P.R.E (Programme Personnalisé de Réussite Educative) |
|  [ ]  P.A.P (Plan d’Accompagnement Personnalisé) |
|  [ ]  P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarisation) |
| [ ] A.E.S.H |
|  [ ]  Dossier MDPH Si oui, nom de l’enseignant référent :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date de la dernière ESS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  [ ]  Mesure éducative (AED – AEMO …) |
|  [ ]  Suivi médical ou paramédical externe à l’école (Suivi psychologique/ Psychomotricité / Orthophonie /…). |
|  [ ]  Matériel pédagogique adapté |

|  |
| --- |
| Demande rédigée par (Nom Prénom, fonction)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Visa de l’IEN de circonscription ou du chef d’établissement pour transmission à l’EMASco (à l’adresse mel : ***emas@arpejh.fr*)**Remarques éventuelles : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Signature  |